Lane Medical Library

Ein Fall von sog. „Lupus vulvae".

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

Sonnabend, den 23. März 1901, Mittags 12 Uhr

öffentlich vortragen wird

Carl Rechenbach

approb. Arzt

aus Heiligenstadt.

Halle a. S.,
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1901.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medicinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Prof. Dr. **Fehling.**

Harnack
d. Z. Decan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0479

Schon lange ist in der Gynaekologie eine ebenso eigentümliche als interessante Affection der weiblichen äusseren Genitalien bekannt, die sich charakterisiert durch ausgedehnte Ulcerationen der Vulva verbunden mit Schwellungszuständen und Wucherungen in der Umgebung.

Doch erst in den letzten Jahren hat man, wenigstens in Deutschland, dieser Erkrankung das ihr gebührende Interesse entgegengebracht und vor allem ihre Aetiologie zu ergründen gesucht.

Der Franzose Huguier war der erste, welcher die Krankheit beschrieb. Er war sich aber selbst nicht klar über ihre pathologische Bedeutung und ihre Aetiologie und bezeichnete sie deshalb mit einem besonderen Namen „Esthiomène de la vulve."

Nach ihm gab Mattheus Duncan an der Hand zweier von ihm selbst beobachteter Fälle eine genaue Schilderung des Krankheitsbildes.

„Die Krankheit erhält ihren Namen von der Zerstörung, welche durch Ulceration verursacht wird, und obgleich einige Fälle mehr charakteristisch sind durch Hypertrophie oder Wucherung als durch Zerstörung, so ist doch die Art des Ausganges dieselbe und zwar auffallend eigenartig, ebenso verderblich, als unheilbar." So beginnt Duncan in seiner Abhandlung: „On the Ulceration of Lupus of the female generative organs including Perforations, Pits and Excavations."

Nach Duncan sind am meisten bevorzugt die Labien, Clitoris, Hymen und Vestibulum, selten der Mons Veneris. Die Ulcerationen können auch die Hüften, die Leistengegend, vor allem aber die Innenseite der Oberschenkel befallen; sitzen sie in der Umgebung des Anus, so sind sie meist von haemorrhoidenähnlichen Wucherungen begleitet. Das Geschwür selbst ist gewöhnlich gesund aussehend und von rötlicher Farbe; der Grund ist meistens etwas induriert, zuweilen derb und von Knorpelhärte.

Die Ulceration befällt hauptsächlich die Haut und das Unterhautbindegewebe, niemals den Knochen.

Oft kommt es durch Unterminierungen zur Bildung von tiefen Gruben und Höhlungen; auch Perforationen in das Rectum und die Bauchhöhle sind nicht selten.

So ungefähr schildert Duncan das Krankheitsbild und schlägt dann für die Affection den Namen Lupus vor, weil ihm die Bezeichnung „Esthiomène“ zu ungeschickt erscheint.

„Lupus“ drückt nach ihm aus den stark zerfressenden Character der Erkrankung, Lupus schliesst ein Ulceration, Entzündung und Hypertrophie. Doch sprach er schon damals die Ansicht aus, dass einzelne Erkrankungen in diesen umfassenden Ausdruck eingeschlossen sein könnten, die klinisch zwar dem beschriebenen Krankheitsbilde ausserordentlich ähnlich, aber ätiologisch völlig von ihnen zu trennen seien.

In der folgenden Zeit wurden dann immer mehr Fälle dieser eigenen Erkrankung sowohl in der deutschen als ausländischen Litteratur beschrieben und es entspann sich nun ein reger Streit, ob diese Affection tuberculöser Natur, ob sie auf syphilitische Processe zurückzuführen, ob sie eine elephantiasisartige, oder eine ganz specifische Erkrankung sui generis sei.

Pozzi[1]) hebt bei der Characterisierung hervor, dass der Affection die zerstörenden Eigenschaften des Krebses

1) cf. Veit. „Handbuch der Gynaekologie“.

fehlten, dass aber eine gewisse Ahnlichkeit mit dem Gesichts-Lupus bestände. Pozzi unterscheidet L'Estiomène érythémateux von tuberculeux, je nachdem die Ulceration sehr oberflächlich ist und in der Farbe dem Gesichts-Lupus gleicht, oder stark wuchernde Granulationen den Grund des Geschwüres darstellen.

Bei der mikroscopischen Untersuchung fällt ihm vor allem die Hyperämie und eine starke, herdweise auftretende kleinzellige Infiltration auf; die entzündliche Zellenanhäufung umgiebt ganz besonders die kleinen, stark entwickelten Gefässe. Er selbst hat mehrfach Riesenzellen in dem Gewebe gefunden, und gibt an, dass von Martin und Nicolle in einem Falle tuberculöse Heerde und einzelne Tuberkelbacillen constatiert worden seien.

Häberlin[1]) berichtet über einen Fall, bei welchem neben ödematöser Schwellung der verschiedensten Abschnitte der Vulva ausgedehnte Ulcerationen bestehen. Die kleinen Labien und der Damm sind vollständig unterminiert, an der Urethra bestehen Verschwärungen, der Mastdarm ist gleichfalls stark verändert. Die mikroscopische Untersuchung ergibt in der Nähe von Gefässstämmen gruppenweise Anhäufungen von rundlichen Zellen, die einen dunkelgefärbten Kern und meist kein Protoplasma zeigen. Im Corium da und dort grössere homogene Massen, die sich wie die Zellkerne färben; in diesen Knötschen aber nirgends Anzeichen von Nekrose, noch Riesenzellen. Die Färbung auf Tuberkelbacillen ist negativ.

Häberlin ist selbst im Unklaren, ob es sich hier um einen wirklichen Lupus handelt, oder ob eine syphilitische Granulations-Geschwulst vorliegt.

F. Winckel[2]) hat im Ganzen fünf Fälle beobachtet, von denen er zwei eingehender beschreibt. Bei dem ersten

---

1) cf. Archiv für Gynaekologie, Band XXXVII. p. 16.

2) cf. v. Winkel „Pathologi der weibl. Sexualorgane“ 1881.

ist das linke Labium minus in seiner Mitte zu einem fast taubeneigrossen, platten, hellroten Tumor verwandelt; auf der inneren Fläche desselben befindet sich ein oberflächliches 1 cm grosses Geschwür. Auch am Frenulum und Praeputium finden sich Geschwülste.

Mikroscopisch zeigt sich die Infiltration teils circumscript, concentrisch um die kleinen Gefässe, teils aber von diffuser Natur. Die Zellen sind rundlich, von der Grösse weisser Blutkörperchen und weisen an mehreren Stellen körnige Trübung und bereits Zerfall in Detritus auf. Winckel hält diese Erkrankung für Lupus hypertrophicus vulvae.

Auch den zweiten Fall von Winckel spricht Birch-Hirschfeld, dem die erkrankten Partien zur Untersuchung eingesandt waren, als Lupus an, da sich diffuse, rundzellige Wucherungen, sowie rundliche Heerde, in denen sich an mehreren Stellen deutliche Riesenzellen nachweisen liessen, vorfanden.

Winckel selbst bezeichnet den Fall als Lupus perforans vulvae.

Landau[1]) veröffentlicht einen Fall von chronischer Ulceration der Vulva bei einer 27jährigen Patientin.

„Der Eingang zur Scheide stellt einen unregelmässigen, zackigen Spalt dar; an der linken grossen Lippe befinden sich zahlreiche Narben, auf der Innenseite ein Geschwür, das auch auf die ganze Basis der rechten Lippe übergegriffen hat. Der Grund des Geschwüres ist zerklüftet, meist mit speckigen graugelben Massen bedeckt. Weder Knötchenbildung, noch kleinere Defecte sind auf der Geschwürsfläche wahrnehmbar. Die Berührung der Ulcera ist sehr schmerzhaft.

Die genaue Untersuchung sämtlicher übrigen Organe ergibt keinen Anhaltspunkt für Tuberculose; auch die Untersuchung auf Tuberkelbacillen ist negativ.

---

1) cf. Archiv für Gynaekologie, Bd. XXXIII. p. 115.

Ein ausgeschnittenes Stück zeigt mikroskopisch eine starke Infiltration des Gewebes mit Entzündungszellen, welche alle dieselbe Form, Rundzellen zeigen; regressive Veränderungen wie Verfettung und Verkäsung sind nicht vorhanden. Da Syphilis durch Anamnese und durch die erfolglose antiluetische Behandlung auszuschliessen ist, auch für Carcinom, Tuberculose und Lupus jede Anzeichen fehlen, kommt Landau durch Ausschluss dazu, die Geschwüre als Geschwüre eigentümlicher Art aufzufassen; einen specifischen Namen gibt er ihnen nicht.

Weiterhin sind von Viatte in seiner Inaugural-Dissertation „Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvae“ zwei Fälle mitgeteilt, die er selbst für Tuberculose hält.

Bei dem ersten Fall handelt es sich um eine 32jähr. Frau, bei der anamnestisch keine erbliche Belastung, auch in ihrer Constitution keine Andeutung von Scrophulose oder sonstiger tuberkulöser Erkrankung nachzuweisen ist. Die Vulva ist von drei polypenartigen Wucherungen eingenommen; zwei derselben gehen von der Harnröhrenmündung, die dritte von der hinteren Scheidenwand aus. Dicht unterhalb der Harnröhrenmündung und oberhalb des Frenulum finden sich zwei fünfpfennigstückgrosse Geschwüre mit unregelmässigen Rändern, ein drittes rechts etwas länglich gestaltet; zahlreiche Höcker gehen vom Rande der Geschwüre, sowie vom Ansatz des Hymen aus. Der Grund der Geschwüre fühlt sich hart und unregelmässig infiltriert an, die Farbe ist hochrot, etwas gelblich belegt.

Auch hier zeigt das Gewebe bei der mikroscopischen Untersuchung Wucherung des Bindegewebes mit kleinzelliger Infiltration; ausgekratzte Fetzen ergeben positiven Befund von zahlreichen Tuberkelbacillen; ebenfalls erfolgt nach jeder vorgenommenen Tuberkulin-Injection eine schnelle und heftige Reaktion.

Das gesamte Krankheitsbild des zweiten von Viatte beschriebenen Falles ist gekennzeichnet durch Wuche-

rungen an der Harnröhren-Mündung, sowie durch Geschwüre unterhalb der stark verdickten Clitoris, ausserdem durch Oedem der kleinen Labien und harte Infiltration des Bulbus urethrae.

Histologisch ist der Befund derselbe wie beim ersten Falle, jedoch trotz mehrfacher und peinlichster Untersuchung können keine Tuberkelbacillen gefunden werden. Auch die Tuberkulin-Injection gibt weder allgemeine noch örtliche Reaction.

Ein wieder etwas anderes Bild gibt Karajan[1]) von der Erkrankung der Genitalien bei einem zweijährigen Kinde. Hier bestand neben Ekzem der Schamgegend eine bedeutende Hypertrophie der Clitoris, welche, das ganze Organ gleichmässig befallend, einen penisartigen Tumor darstellt. An Stelle der amputierten Clitoris entwickelt sich nach Verlauf von 10 Monaten ein Recidiv, ausserdem stellen sich Schwellungen der benachbarten Drüsen sowie geschwürige Processe im Vestibulum und in der Vagina ein; an den Lungen und übrigen inneren Organen ist keine Erkrankung zu konstatieren.

Die mikroscopische Untersuchung ergibt das Vorhandensein von bindegewebiger Wucherung nebst tuberculoser Infection. Karajan hält die Affection für primäre Tuberkulose und die Clitoris für das zuerst inficierte Organ.

Einen sehr interessanten Fall, der von dem vorher beschriebenen in mancher Hinsicht abweicht, teilt Zweigbaum in seiner Abhandlung „Ein Fall von tuberculöser Ulceration der Vulva, Vagina und Portio“ mit.

An der linken hinteren Wand der Scheide dicht am Eingange in dieselbe findet sich ein Substanzverlust, eine Art Höhle, von der Grösse einer Wallnuss, mit erhabenen,

---

1) cf. „Ein Fall von primärer Tuberculose der Vulva mit elephantiastischer Veränderung der Clitoris“. Wiener klin. Wochschrift No 42.

unregelmässigen und harten Rändern; der Grund des Geschwüres ist mit einer dicken Schicht eines grauen, speckigen Belages bedeckt.

Nach Entfernung desselben stellt sich das Geschwür als eine glatte, glänzende mit Granulationen bedeckte Höhle dar, welche stark gerötet ist, und ziemlich viel graue über die Oberfläche hervorragende Knötchen aufweist.

Das Geschwür bedeckte sich abwechselnd mit einem frischen Belag, der immer wieder abgestossen wurde, zugleich schritt die Zerstörung mehr und mehr in die Tiefe fort, sodass es zuletzt zur Perforation ins Rectum kam. Bei der Untersuchung finden sich erhebliche Mengen von Tuberkelbacillen.

In der neuesten Zeit hat dann F. Koch in dem Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIV. unter dem Thema: „Über Ulcus vulvae" eine Reihe von zehn von ihm selbst beobachteter Fälle veröffentlicht, die mehr oder minder in ihrem klinischen Krankheitsbilde übereinstimmen und die er kurz folgendermassen schildert.

„Es kommt an den weiblichen Genitalien, besonders häufig bei Prostituierten, eine chronische, aus elephantiastischer Verdickung und chronischen Ulcerationen sich zusammensetzende, ausserordentlich schwer therapeutisch zu beeinflussende, unseres Wissens nicht specifische Affection vor, die sich mit Vorliebe bei Patientinnen findet, welche eitrige Processe in den Inguinaldrüsen durchgemacht haben. Eine weitere Schilderung der Krankheit besagt dann: In bezug auf die Lokalisation sind es in erster Linie die grossen Labien, welche von der Schwellung betroffen werden; nächstdem beteiligen sich am häufigsten die Clitoris mit ihrem Praeputium und die kleinen Labien an der Sclerosierung und Volum-Vermehrung. Alle von der Schwellung betroffenen Partien bleiben entweder glatt oder sie sind mit höckerigen, derben Unebenheiten und Wülsten bedeckt. Die Ulcerationen haben ihren Lieb-

lingssitz an der hinteren Commissur, nächstdem an der Harnröhre, in der Umgebung der Clitoris und auf der Oberfläche der kleinen Labien. Die Form ist unregelmässig, die Ausdehnung sehr wechselnd; die Geschwüre können sogar zur Perforation der Labien, des Dammes, ja zur Entstehung von Urethro-Vaginal und Recto-Vaginal-Fisteln Veranlassung geben.

Die Ulcerationen sind meist schmerzlos, auch pflegen die elephantiastischen Wucherungen wenig oder gar keine Beschwerden zu machen. Das Allgemeinbefinden der Patientinnen ist also kaum oder gar nicht gestört, überhaupt handelt es sich meist um kräftige, sonst völlig gesunde Individuen. Hinsichtlich der Aetiologie dieser Krankheit hält Koch sie der des Ulcus cruris für analog.- „ungünstige Circulations-Bedingungen, Traumen, Unreinlichkeit, schlechte Ernährungsverhältnisse, event. auch alte Syphilis spielen in der Aetiologie, bindegewebige Hypertrophie, Sclerosierung und torpide Ulcerationen in der Symptomatologie beider Krankheiten eine Hauptrolle.“ Koch schlägt deshalb den Namen Ulcus vulvae chronicum oder elephantiasticum für diese Affection vor.

Veit hat nun in seinem Handbuch der Gynaekologie darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen unter den verschiedensten Namen beschriebenen Erkrankungen der weiblicheu Genitalien um aetiologisch und klinisch meist gleiche Affectionen handele. Er ist nach eigener Beobachtung und sorgfältiger Durchsicht der Litteratur zu der Ansicht gekommen, dass L'Esthiomène, Lupus vulvae, Ulcus vulvae chronicum und ein Teil der elephantiastischen Wucherungen mit den ulcerösen Zerstörungen der Vulva identisch sind, die er zu beobachten Gelegenheit hatte. Er fasst deshalb alle diese Erkrankungen in dem Namen „Ulcus rodens vulvae“ zusammen.

Es ist ja auch nun nicht zu leugnen, dass die Mehrzahl der beschriebenen Affectionen wenigstens in ihrem klinischen Krankheitsbilde einander sehr nahe kommen

und es ist unzweifelhaft, dass ein grosser Teil der unter dem Namen Elephantiasis, Lupus vulvae, L'Esthiomène der Franzosen, Ulcus vulvae chronicum bekannten Erkrankungen mit einander identisch, dass sie auch aetiologisch auf dieselben Ursachen zurückzuführen sind.

Trotzdem kann ich mich auf keinen Fall damit einverstanden erklären, nun alle nur einigermassen sich ähnelnden Krankheitsformen als gleiche, auf dieselben Ursachen zurückzuführende Affectionen ansehen und dieselben unter einer Bezeichnung zusammenfassen zu wollen, zumal der von Veit angegebene Name ganz und gar nicht das Krankheitsbild wiedergiebt. Ich halte die Bezeichnis „Ulcus rodens vulvae" für völlig unzweckmässig und unbrauchbar, da sie sehr leicht zu Missverständnissen und Irrtümern Veranlassung geben könnte. Unter Ulcus rodens verstand man bisher allgemein eine specifische Erkrankung sui generis, welche ein ganz charakteristisches Bild darbietet; man bezeichnete mit Ulcus rodens stets Carcinom der Haut und stellte sich also darunter eine Affection vor, die „zuerst mit kleinen Knötchen beginnt, welche sich dann nach der Fläche zu ausbreiten, die Umgebung infiltrieren und schliesslich langsam um sich greifende, ebenfalls flache Geschwüre bilden, an denen man sogar stellenweise vorübergehende Vernarbung vorfinden kann." (cf, Schmaus, patholog. Anatomie.) Diese Geschwüre sind stets scharf umschrieben, mit glatten etwas erhabenen Rändern, sie neigen niemals zu Wucherungen, sondern kennzeichnen sich nur durch weitgreifende Zerstörungen.

Veit aber will nun diesen Namen für Krankheitsbilder einführen, die sich sowohl aetiologisch als klinisch scharf von dem Carcinom der Haut unterscheiden. Ich halte deshalb wohl mit Recht die Bezeichnung Ulcus rodens für die beschriebeeen Affectionen der weiblichen Genitalien für völlig verfehlt und unbrauchbar; sollte überhaupt ein zusammenfassender Ausdruck in Betracht kommen, so würde ich eher noch den von F. Koch vorgeschlagenen

Namen „Ulcus elephantiasticum sui chronic. vulvae“ in wägung ziehen.

Doch ist ja, wie schon angedeutet, es ganz und gar nicht angebracht, eine einheitliche Bezeichnung für die verschiedenen Krankheitsformen einzuführen, im Gegenteil besonders aetiologisch sind die beschriebenen Affectionen scharf zu trennen und auseinander zu halten.

Die älteren Autoren liessen die Frage der Aetiologie meist offen, da sie constitutionelle Krankheiten wie Tuberculose oder Syphilis nicht nachweisen konnten.

Landau hilft sich damit, dass er eine Dyskrasie des Organismus, eine unbekannte constitutionelle Erkrankung verantwortlich macht.

Erst Koch spricht sich über die in Frage kommende Aetiologie genauer aus. Er unterscheidet zwischen eigentlich veranlassenden und praedisponierenden Factoren.

Zu den letzteren rechnet er die Lymph-Stauung, hervorgerufen durch Exstirpation der Leistendrüsen, weil in zwölf unter seinen zwanzig beschriebenen Fällen ein völliger Verlust der Drüsen durch Operation zu konstatieren war, in sieben anderen die Drüsen wenigstens auf einer Seite exstirpiert, oder doch incidiert waren.

Als veranlassende Momente sieht Koch hauptsächlich Traumen an und zwar wiederholte Traumen, die stets an denselben Stellen einsetzen und einen chronischen Reizzustand bedingen, d. h. Excesse in Venere. Auch glaubt er, dass die Lage der Vulva eine nicht unbedeutende Rolle spielt: „Ist die Vulva sehr weit nach vorn gelagert, so wird bei der Cohabitation die hintere Commissur am meisten gefährdet, liegt sie weit nach hinten, so kommen Clitoris und Harnröhrenwulst in Gefahr“.

Da Veit die Erkrankung fast ausschliesslich bei Prostituierten gesehen hat, so nimmt er an, dass stets eine syphilitische Infection vorausgegangen sei, wenn auch die Ulceration selbst nicht mehr als syphilitisch anzusehen und durch Jod und Quecksilber nicht mehr zu beeinflussen ist

Diese Infection zur Basis solle dann ein Trauma z. B. der mechanische Insult der Cohabitation das veranlassende Moment bilden.

Dagegen hält Veit es für vollständig ausgeschlossen, eine primäre tuberculöse Erkrankung als ursächlichen Factor voraussetzen zu dürfen. Er weist zwar die Möglichkeit nicht von der Hand, dass zu der syphilitischen Ulceration auch später eine tuberculöse Infection z. B. vom Darm aus hinzutreten könne, doch will er sie nicht zum wesentlichen Bestandteil der Krankheit rechnen.

Veit will nur dann eine specifische tuberculöse Erkrankung der Vulva gelten lassen, wenn jegliche elephantiastische Wucherungen fehlen, wenn durch den Nachweis verkäster Tuberkel, sowie den regelmässigen Befund von Tuberkelbacillen die specifische Affection sicher gestellt ist.

Den Nachweis von typischen Riesenzellen hält Veit nicht für hinreichend, um eine tuberculose Erkrankung annehmen zu können; auch ist er der Ansicht, dass man bei Vulva-Tuberculose stets auch anderwärts eine gleiche Erkrankung finden müsse, sodass man niemals von einer primären tuberculösen Erkrankung der Vulva sprechen könne.

In allen diesen Behauptungen und Annahmen geht Veit sicher viel zu weit. Auch die gewöhnliche Haut-Tuberculose ist oft von Wucherungen und Granulationen begleitet. (Lupus hypertrophicus).

Veit selbst erkennt einen von Viatte beschriebenen Fall, der doch neben mehreren Geschwüren auch polypenartige Wucherungen aufweist, unumwunden als Tuberkulose an.

Auch der regelmässige Befund von Tuberkelbacillen ist nicht unbedingt zur Sicherstellung der Diagnose einer tuberculösen Erkankung nötig; es ist ja allgemein bekannt, wie ausserordentlich schwierig der Nachweis von Tuberkelbacillen besonders in Gewebsschnitten sein kann, und nach

meiner Meinung kann eine durch anderweitige Momente gestützte Annahme auf Tuberculose niemals durch den negativen Ausfall der Tuberkelbacillen-Färbung entkräftet werden.

Hingegen halte ich im Gegensatz zu Veit den Nachweis von typischen Riesenzellen für durchaus hinreichend zur Diagnose einer tuberculösen Erkrankung des Gewebes, denn für keine anderweitige Affection sind dieselben so charakteristisch, als wie gerade für die Tuberculose.

Was nun die oben zuletzt erwähnte Behauptung von Veit anbetrifft, so gebe ich zu, dass eine primäre Tuberculose der Vulva sehr selten ist, doch sie kommt vor. So teilt Demme in seiner Abhandlung: „Tuberculose der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane“ (Wiener medic Blatt 1887) zwei Fälle von primärer Tuberculose der äusseren weiblichen Genitalien mit. Im ersten handelt es sich um ein 13 Monate altes Kind mit einem Geschwür am linken Labium minus, in dessen Sekret zahlreiche Tuberkelbacillen gefunden wurden; im zweiten Falle fand sich ein bestimmt tuberculöses Geschwür bei einem väterlicherseits behafteten 7 Monate alten Kinde. Bei beiden Kindern war weder an den Lungen noch sonst im Organismus eine Spur von tuberculöser Erkrankung nachzuweisen.

Auch Karajan (siehe oben) berichtet von einem zweijährigen Kinde, bei dem hereditär keine Belastung vorliegt, das auch selbst gesund und kräftig keine anderweitige Tuberculose aufweist, und doch krankt es an primärer Tuberculose der Genitalien; Karajan hält hier die Clitoris für das zuerst inficierte Organ.

Ebenso muss man auch bei der 32jährigen Frau, über welche Viatte (s. ob.) berichtet, eine primäre Tuberculose der Vulva annehmen; weder ist anamnestisch eine erbliche Belastung, noch in ihrer Constitution irgendwo eine Andeutung von Scrophulose oder anderweitiger tuberculöse

Erkrankung nachzuweisen; und doch finden sich in den erkrankten Stellen zahlreiche Tuberkelbacillen.

Nach Zweigbaum, der ebenfalls einen unzweifelhaften Fall von primärer Tuberculose mitteilt, bilden die äusseren Genitatien einen sehr günstigen Boden für die Einwanderung der Krankheitserreger aus der Luft oder auch für die direkte Übertragung auf die ihres Epithels beraubte Schleimhaut. Eine solche direkte Einimpfung kann z. B. während des Coitus mit einem tuberculösen Manne vor sich gehen. So berichtet Fernet — angeführt bei Hegar:

„Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose des Weibes“ — über vier Fälle von primärer Tuberkulose der äusseren Genitalien bei Frauen, welche mit Phtisikern geschlechtlich verkehrt haben. Die tuberkulöse Infektion kann auch mittelst des untersuchenden Fingers, der Instrumente etc., namentlich bei Kreissenden und Wöchnerinnen übertragen werden. Es sind verschiedene Fälle von primärer Tuberkulose der äusseren weiblichen Genitalien bekannt, welche sich unmittelbar post partum oder während des Wochenbettes ausgebildet haben.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal die von den einzelnen Autoren unter den verschiedensten Namen geschilderten Krankheitsfälle, so kommen wir sicher zu der Überzeugung, dass zwar die meisten derselben sowohl ihrem klinischen Krankheitsbilde als auch der Aetiologie nach mit einander identisch sind, dass aber bei einer Anzahl von ihnen die Annahme einer ganz specifischen Erkrankung und zwar Tuberkulose nicht von der Hand zu weisen ist. Es sei mir gestattet, auf diese Fälle, die Veit auch unbedingt zu seinem Ulcus rodens rechnen will, nochmals kurz einzugehen.

Es handelt sich zuerst um die zwei Fälle, welche F. Winckel beschreibt und die er als Lupus hypertrophicus und Lupus perforans vulvae bezeichnet. Der erste ist cha-

rakterisiert durch verschiedene mehr oder minder grosse, glatte, hellrote Tumoren, sowie durch ein oberflächliches, schwach granulierendes Geschwür. Mikroskopisch zeigt sich kleinzellige Infiltration, vor allem auffallend ist aber ein in den Zellen vor sich gehender Zerfall in Detritus, wie er für Tuberculose charakteristisch ist. Für Carcinom oder Lues liegen sowohl anamnestisch als klinisch keine Anhaltspunkte vor, so dürfte denn hier die Annahme auf Tuberkulose doch ganz und gar berechtigt sein. Ganz sicher ist nun die Diagnose auf tuberculöse Erkrankung in dem zweiten Falle, der ebenfalls eine geschwulstartige Vergrösserung fast aller Teile der Vulva einhergehend mit eiternden Geschwüren aufweist; mikroscopisch wurden hier von Birch-Hirschfeld rundliche Herde von kleinzelliger Wucherung mit typischen Riesenzellen nachgewiesen.

Den ersten von Viatte beschriebenen Fall ist selbst Veit geneigt, als tuberculöse Erkrankung anzusehn, obwohl sich bei ihm elephantiastische Wucherungen vorfinden. Ich glaube aber, dass man auch bei dem zweiten von Viatte mitgeteilten Fall nicht zweifelhaft zu sein braucht; denn nicht allein ist das Krankheitshild fast völlig dasselbe, auch histologisch stimmen die krankhaft veränderten Gewebe überein, nur dass bei dem zweiten Falle keine Tuberkelbacillen gefunden werden können. Aber wir wissen ja, dass trotz peinlichster Untersuchung eine Färbung auf Tuberkelbacillen oft ohne Erfolg sein kann, selbst bei einem Gewebe, das ganz sicher tuberculös erkrankt ist.

Das von Karajan geschilderte Krankheitsbild zeichnet sich aus durch eine bedeutende Hypertrophie der Clitoris, welche durch Operation beseitigt, nach kurzer Zeit sich wieder herstellt und dann mit geschwürigen Processen einhergeht. Mikroscopisch werden hier reichlich Tubercelbacillen nachgewiesen; auch Riesenzellen, sowie regressive Metaphormose finden sich im Gewebe; trotzdem verneint auch Veit in diesem Falle eine tuberculöse Infektion und rechnet ihn zum Ulcus rodens.

Einen Krankheitsbefund möchte ich noch erwähnen, den Hintze (cf. Centralblatt für Gynaekologie 1899. pag. 1124) bei einer Patientin beobachtete. Dieselbe litt an nässenden Knötchen und Geschwüren der Vulva, die sich über den ganzen Mons Veneris, den Labien und einem Teil des Perinaeum erstreckten; es handelte sich zumeist um 1 ctm. tiefe, unterminierte Ulcerationen. Die mikroscopische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Riesenzellen; wenngleich auch sonst keine Anzeichen von Tuberculose zu finden waren, so sind doch die gefundenen Riesenzellen nach meiner Meinung vollkommen ausreichend, um die Diagnose einer tuberculösen Erkrankung sicher zu stellen. Auch diesen Fall zieht Veit zum Ulcus rodens vulvae.

Es sei mir nunmehr gestattet, auf einen Fall von Tuberculose und zwar primärer Tuberculose der äusseren Genitalien einzugehen, welcher im S. S. 1900 an der Kgl. Frauenklinik zu Halle a. S. zur Untersuchung und Behandlung kam, der mir von Herrn Prof. Dr. Fehling behufs Veröffentlich gütigst zur Verfügung gestellt wurde.

Frau E. L., 33 Jahre alt, wurde am 28. April 1900 in die Klinik aufgenommen. Journ. No. 55.

Anamnese. Eine Schwester ist als Kind an Gehirnentzündung, eine andere an gallopierender Schwindsucht gestorben. Sie selbst will stets gesund gewesen sein.

Die Menses traten erst mit 20 Jahren ein, waren unregelmässig, 5—7 Tage dauernd, 2—4 wöchentlich, ohne Beschwerden.

Pat. hat viermal geboren; die erste Geburt war ein Abort im IV. Monat; der zweite und dritte Partus war eine Totgeburt. Das erste Wochenbett dauerte 6, das zweite und dritte 4 Wochen wegen starker Nachblutung. Die letzte Entbindung fand vor 4 Jahren statt. Seit dieser unregelmässige Menses alle 2—4 Wochen, 8—10 Tage dauernd, sehr stark.

Häufig Drang zum Urinlassen, dabei heftiges Brennen; keine Stuhlbeschwerden. Schmerzen verspürt Pat. nur während der Menses im Unterleibe, im ganzen Körper bei der Cohabitation.

Befund. Allgemeines Aussehen, Ernährung etc. gut. Herz und Lungen sind ohne Befund. Die kleinen Labien sind stark vergrössert und machen den Eindruck von elephantiastischen Neubildungen. Die Chitoris ist in einen kleinen ödematösen Haut-Tumor umgewandelt. Die Umgebung der Urethra ist in Dreimarkstück-Grösse geschwürig zerfallen und mit weichen, schwammigen, leicht blutenden Granulationen bedeckt.

Der Uterus ist klein, liegt anteflectiert. Das Parametrium und Douglas, sowie Tuben und Ovarien zeigen keine Veränderungen; Rectum und Blase sind ohne Befund.

Therapie. Dieselbe konnte im vorliegenden Falle nur in einer operativen Entfernung der erkrankten Partien bestehen.

Am 1. V. wurden mit dem scharfen Löffel die Granulationen fortgenommen und die erkrankte Partie mit dem Platin-Spitzbrenner in geringem Abstande gestichelt.

An diese Vor-Operation schloss sich dann 10 Tage später die vollkommene Abtragung der Labien, die Excision der Clitoris und der geschwürigen Partieen.

Die Urethral-Schleimhaut wurde im Gesunden umschnitten und von hier aus der Geschwürsgrund lospräpariert; die Urethra wird dann ringsum an den Clitoris-Schenkeln fixiert.

Dann wurde auf der Höhe der grossen Labien, noch vor der Clitoris mit dem Schnitt beginnend und denselben bis zur Damm-Mitte führend, die ganze erkrankte Partie umschnitten und abgetragen. Nun wird auch die Scheidenschleimhaut im Gesunden durchtrennt und die wenigen noch stehenden, krankhaften Stellen entfernt. Es besteht jetzt eine grosse ovaläre Wunde, in deren Mitte die Urethra

und mehr in der Tiefe die Scheide mit gesunder Schleimhaut liegen.

Der obere Teil der Wunde wird quer mit Seide geschlossen, die Urethral-Mündung mit wenig Catgut-Nähten an der Haut und der Schleimhaut fixiert. Dann wird hinten in der Mittellinie die heruntergezogene Scheidenschleimhaut mit dem Darm und an den Seiten mit der Haut der Schamlippen vereinigt.

Histologischer Befund. Die abgetragenen, erkrankten Partieen, besonders die stark vergrösserten, kleinen Labien wurden in Formalin fixiert. Behufs genauer Untersuchung wurden aus den verschiedensten Teilen des vorliegenden Materials Schnitte hergestellt, die mit Fuchsin und Methylenblau gefärbt wurden.

Die mikroscopische Untersuchung ergiebt:

Durch den Schnitt ist die Schleimhaut der kleinen Labie zum Teil mitgetroffen worden; sie ist an ihrer Oberfläche bedeckt mit einer dünnen Schicht von Schleim. Das geschichtete Pflasterepithel ist überall stark gewuchert, besonders sind die polygonalen Zellen ausserordentlich vermehrt, während die glatten und cylindrischen Zellen an Zahl weit zurückstehen. Die Intercellular-Substanz tritt nur wenig hervor.

Die auf die Schleimhaut folgende Tunica propria zeigt eine grosse Ausdehnung. Die Papillen sind von verschiedenster Form, bald gross, bald klein, doch im ganzen stark entwickelt, bedeutend verlängert uud teilweise verzweigt. Sie bestehen aus einem feinen Geflecht feiner Bindegewebsbündel, durchsetzt von zahlreichen, teils ein-, teils mehrkernigen Zellen von verschiedener Grösse. Die Submucosa steht an Ausdehnung weit zurück

Auf die Submucosa folgt ein Gewebe, welches hauptsächlich aus Muskelfasern, zum Teil im Längs-, zum Teil im Querschnitt getroffen, besteht. Sie sind unregelmässig angeordnet und von zahlreichen kleinen Rundzellen durchsetzt; dazwischen finden sich reichlich Leukocythen,

meistens mehrkernige, von rundlicher, länglicher oder gelappter Gestalt.

Die kleinzellige Infiltration ist teils in Solitärfollikeln angeordnet, teils findet sie sich diffus und zwar an manchen Stellen so dicht, dass das zu Grunde liegende Gewebe nicht mehr erkennbar ist.

Besonders auffallend sind langgestreckte Züge von aneinander gereihten Rundzellen, welche sich von den Papillen aus tief in das Gewebe hinein erstrecken.

In dem eben beschriebenen Gewebe finden sich nun inmitten circumscripter Rundzellen-Anhäufungen zahlreiche Riesenzellen. Diese enthalten mehrere wandständige mit Kernkörperchen versehene Kerne, welche sämtlich auf einer Seite lokalisiert sind, während die andere Seite von unverändertem Protoplasma eingenommen wird.

Die Arterien des Gewebes sind teils im Längs- teils im Querschnitt getroffen. Die Media, besonders aber die Intima ist stark hypertrophiert; die Lumina sind teilweise mit geronnenem Blute, teilweise mit Blutkörperchen erfüllt, zuweilen finden sie sich durch die enorm gewucherte Intima ersetzt.

Auch die Wandungen der Venen sind stark verdickt.

Die Umgebung der Gefässe ist ausgezeichnet durch reichliches junges Bindegewebe mit länglichen Kernen von elastischen Fasern durchsetzt.

Auch das Nervengewebe lässt sich in reichlichen Mengen konstatieren; das Epineurium ist stark entwickelt und besteht aus lockerem Bindegewebe sowie elastischen Fasern; ebenso zeigt das Peri- und Endoneurium eine deutliche Wucherung.

Fassen wir nochmals die hervorstechendsten Merkmale des geschilderten Gewebes kurz zusammen, so zeigt dasselbe eine allgemeine productive Entzündung sämtlicher Gewebsteile, vor allem aber eine diffuse entzündliche Zellwucherung und Bindegewebsneubildung.

Daneben finden sich als charakteristisches Merkmal die typischen Riesenzellen.

Es ist also nach dem mikroskopischen Befunde für die Erkrankung des Gewebes keine andere Diagnose aufrecht zu erhalten als „Tuberkulose des Gewebes verbunden mit productiver tuberculöser Entzündung".

Wenn auch der Versuch, die Gegenwart von Tuberkelbacillen in dem Gewebe durch Färbung und mikroskopische Untersuchung festzustellen, negativ ausfiel, so kommt dieser Umstand doch kaum in Betracht, da wir wissen, dass es nur äusserst selten gelingt, in einem festen Gewebe Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Hält also die mikroskop. Untersuchung selbst unbedingt an der Diagnose „Tuberkulose" fest, so spricht auch die Anamnese, welche die Patientin aufweist, durchaus nicht dagegen. Sie thut im Gegenteil dar, dass die Familie der Patientin für Tuberkulose disponiert ist.

Eine Schwester ist im Kindesalter an Gehirnentzündung, also doch jedenfalls tuberculöser Meningitis, eine andere später an gallopierender Schwindsucht gestorben.

Patientin selbst freilich zeigt, was das allgemeine Aussehen, sowie den Lungenbefund anbetrifft, keinerlei Anzeichen einer tuberkulösen Erkrankung. Doch ist die Tuberkulose hier eben nicht eine allgemeine, die ganze Constitution schädigende, sondern nur wie ein Lupus der Haut, lokalisiert auf einer Stelle, auf den kleinen Labien. Es handelt sich hier um eine primäre Erkrankung der Genitalien, um eine primäre Tuberkulose der Vulva.

Auf Grund der Anamnese sowohl als auch besonders auf Grund des mikroskopischen Befundes sind wir also berechtigt, mit Ausschluss einer jeden anderen Erkrankung die Diagnose „Tuberkulose der Vulva" oder was mit denselben Worten gesagt wird „Lupus vulvae" vollständig aufrecht zu erhalten; versteht man doch unter Lupus eine tuberculöse Erkrankung der Haut und der Schleimhaut, und ist somit die schon von Duncan (s. o.) gewählte Bezeichnung wohl als die richtigste beizubehalten.

Differentialdiagnostisch kommen in unserem Falle nur noch Lues, sowie Elephantiasis in Betracht.

Eine luetische Erkrankung, für welche jedenfalls Veit nach den vorliegenden Erörterungen sich entscheiden würde, ist schon deshalb nicht wahrscheinlich, weil sonst keinerlei Anzeichen einer constitutionellen Syphilis vorliegen. Veit selbst sagt ja, dass die unter dem gegebenen Bilde auftretende Erkrankung fast nur bei Prostituierten aufträte, wo neben dem veranlassenden Momente (Lues) auch noch praedisponierende Factoren mitwirken. Die letzteren sind aber bei unserer Patientin nach Anamnese und Befund vollkommen auszuschliessen; auch fehlt sonst jeder Anhaltspunkt für eine frühere luetische Affection oder Ansteckung.

Was nun die Elephantiasis vulvae anbetrifft, so ist dieselbe hauptsächlich charakterisiert durch frühzeitige Tumoren-Bildung ohne jegliche Ulcerationen; in unserem Falle bestehen aber neben den geschwulstartigen Wucherungen auch noch einzelne mit Granulationen bedeckte fressende Geschwüre. Auch ist ja der mikroskopische Befund vollkommen ausreichend, um „Lupus vulvae“ als Diagnose unserer Erkrankung sicher zu stellen.

Vergleichen wir nun noch den von uns gegebenen Fall mit den oben aus der Litteratur angeführten Affectionen, mit den Fällen von sicherer Tuberkulose der Vulva, so lässt sich gar nicht verkennen, dass zwischen ihnen in zahlreichen Punkten eine grosse Ähnlichkeit besteht. In allen finden wir chronische Wucherungen einzelner Teile der äusseren Genitalien, in allen zerstörende Ulcerationen. Auch das mikroskopische Bild ist meist dasselbe, stets die kleinzellige Infiltration, die Bindegewebsneubildung, die typischen Riesenzellen, oder verkäste Stellen, immer eine productive tuberculöse Entzündung.

Besonders nahe kommt das Krankheitsbild unserer Patienten dem ersten von Viatte mitgeteilten Fall. In beiden handelt es sich um eine Frau in dem besten Lebensalter, welche körperlich gesund und kräftig keine

weiteren Anzeichen einer tuberculöen Erkrankung erkennen lässt. Auch der makroscopische sowie mikroscopische Befund stimmen in den meisten Punkten überein.

Es wird also auch noch durch die zwischen dem aus der Litteratur angeführten und dem von uns gegebenen Falle bestehende Ähnlichkeit unsere Diagnose. „Primäre Tuberculose oder Lupus vulvae“ nur weiter befestigt und gekräftigt.

Kommen wir nun nochmals kurz auf die von uns in dem beschriebenen Fall angewandte Therapie zurück, so werden wir sehen, dass der Erfolg der Operation ein recht befriedigender war.

Obwohl am 11. V. ein ziemlich hohes Fieber mit starker Beschleunigung des Pulses sich einstellte, so war doch das Allgemeinbefinden nicht besorgniserregend. Am 14. V. erfolgte schon ein plötzlicher Abfall des Fiebers und das Befinden der Pat. war als ein durchaus gutes zu bezeichnen.

Am 16. V. wurden die Nähte entfernt; die Haut über der Symphyse ist glatt verheilt, liegt aber im unteren Teil hohl, sodass eine Tasche entstanden ist, deren Wand reichlich granuliert.

Am 23. V. hat sich die Tasche vollständig geschlossen; die ganze Operations-Wunde ist gut verheilt; auch das Befinden der Patientin ist ein derartig gutes, dass dieselbe noch am gleichen Tage nach Haus entlassen werden kann.

Die Beschwerden, welche die Patientin zur Klinik führten, sind vollkommen behoben, und ist deshalb die angewandte Operation als durchaus gelungen zu bezeichnen.

Was nun die Prognose für das fernere Ergehen der Patientin anbetrifft, so ist auch diese als ganz und gar günstig zu erachten; es steht kaum zu befürchten, dass nach so radicaler Entfernung der erkrankten Teile jemals wieder ein Recidiv sich einstellen und dadurch dann die früher bestehenden Beschwerden wieder auftreten werden.

Überblickt man nun nochmals die von uns gegebene Abhandlung, so wird man uns wohl ohne weiteres zupflichten, wenn wir die Bemühungen Veit's, alle die bekannten Affectionen unter einen Namen zusammenfassen und sie aetiologisch auf dieselben Ursachen zurückführen zu wollen, als durchaus unberechtigt und verkehrt erachten.

Vor allem glauben wir aber durch unsern Darlegungen bewiesen zu haben, dass eine Tuberkulose der äusseren weiblichen Genitalien und zwar eine primäre Tuberkulose gar nicht so selten vorkommt, eine Thatsache, die Veit ganz und gar in Abrede stellt.

Auch die von uns angewandte Therapie halte ich für die einzig richtige und in den meisten Fällen von Tuberkulose der Vulva anwendbar. Nur durch eine eingreifende Operation sei es mit dem Messer sei es mit dem Paquelin wird man eine sichere und dauernde Heilung zu erhoffen haben.

Zum Schluss meiner Arbeit ist es mir noch eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Fehling für die gütige Überlassung der Arbeit und für die Übernahme des Referats, sowie Herrn Privatdocent Dr. Franz für die überaus liebenswürdige Hilfe bei Anfertigung der Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Carl Rechenbach wurde am 13. Januar 1876 zu Heiligenstadt Prov. Sachsen als Sohn des Kaufmann Fritz Rechenbach geboren.

Er besuchte das Gymnasium zu Heiligenstadt bis zur Obersekunda, um sich dann für 1 $^1/_4$ Jahr der Pharmazie zu widmen. Das Zeugnis der Reife erhielt er im März 1896 an demselben Gymnasium zu Heiligenstadt und bezog dann die Universität Tübingen, woselbst er vom 1. April — 1. October 1896 der halbjährigen Militär-Pflicht mit der Waffe beim 7. Württemb. Inf.-Reg. No. 125 genügte.

Er studierte dann an den Universitäten: Tübingen, Halle, Leipzig, Kiel, bestand im März 1898 in Halle das Tentamen physicum und beendete seine ärztliche Staatsprüfung am 2. März 1901 an derselben Universität.